RESERVATION GARDERIE DU MATIN

NOM DE L'ENFANT : _____

PRENOM DE L'ENFANT : _____

CLASSE : _____

NOM ET PRENOM DES PARENTS : _____

N° DE TELEPHONE : _____

L'ENFANT PRENDRA LE BUS : **OUI** **NON**

MOIS DE : _____

1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30
31					

SIGNATURE DES PARENTS **VISA DE LA MAIRIE**

DOCUMENT A RETOURNER EN MAIRIE AU PLUS TARD LE 25
APRES CETTE DATE AUCUNE RESERVATION NE SERA PRISE EN CONSIDERATION